



# Massachusetts

## Demonstração do programa “O dinheiro acompanha a pessoa” (MFP)

### Formulários de consentimento informado

A Demonstração “O dinheiro acompanha a pessoa” (MFP Demo) é um programa financiado pelo governo federal. O MFP Demo ajuda pessoas na transição de cuidados institucionais para cuidados baseados na comunidade. O programa engloba serviços que ajudam pessoas idosas e com deficiências a se transferirem de instituições de enfermagem, hospitais de doenças crônicas e de reabilitação ou outras instalações qualificadas de volta para a comunidade.

Este formulário de consentimento informado visa assegurar que você entende o programa. Você deve rever e assinar este formulário para se inscrever e participar do MFP Demo.

---

Nome e sobrenome

ID do MassHealth ou 4 últimos dígitos do SSN

Minha assinatura neste formulário significa que eu compreendo:

- Minha inscrição e participação na MFP Demo são voluntárias.
- Se eu optar por não participar, ainda posso receber serviços do MassHealth se atender a todos os critérios de qualificação.
- Devo atender a todos os requisitos de qualificação mencionados abaixo para me qualificar à MFP Demo:
  - Devo estar vivendo em uma instituição de enfermagem qualificada ou em um hospital de internação prolongada por pelo menos 60 dias consecutivos, incluindo dias de reabilitação do Medicare.
  - Devo ter 18 anos ou mais e ter deficiência, ou ter 65 anos ou mais.
  - Devo ser residente em Massachusetts.
  - Devo me qualificar para a cobertura MassHealth Standard ou CommonHealth na comunidade.
  - Devo me transferir para uma residência qualificada com MFP Demo na comunidade.
- Devo responder prontamente a todas as solicitações do MassHealth.
- Devo atender a todos os requisitos de qualificação acima, incluindo a cobertura do MassHealth para a permanência na instituição.
- Recebi informações sobre os serviços do programa MFP Demo que ajudarão na minha transição para a comunidade. Se eu me qualificar, os serviços também estarão disponíveis para mim na comunidade durante meus 365 dias de participação na MFP Demo.
- As informações sobre minha inscrição e participação serão mantidas em sigilo. Minhas informações serão utilizadas apenas para a aplicação da MFP Demo.
- Vou desempenhar um papel ativo nas decisões sobre onde morar e sobre os serviços que receber enquanto estiver na instalação e na comunidade.
- Recebi informações sobre outros serviços comunitários do MassHealth que estão disponíveis.
- Independentemente da minha participação na MFP Demo, ainda terei minha Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário (HCBS), inscrição em um plano de Opções de Atendimento ao Idoso (SCO) ou serviços do plano estadual, caso continue a atender aos requisitos de qualificação desses programas.



**Massachusetts**  
**Demonstração do programa “O dinheiro  
acompanha a pessoa” (MFP)**  
**Formulários de consentimento informado**

- Posso sair da MFP Demo a qualquer momento, bastando preencher um formulário de retirada, que posso obter com o meu gerente de caso ou coordenador de serviços.
- Se eu sair da MFP Demo, ainda poderei receber serviços do MassHealth se continuar a atender às regras e aos requisitos do programa MassHealth.
- Se eu tiver reclamações ou preocupações sobre a MFP Demo, entrarei em contato com o meu gerente de caso ou coordenador de serviços.
- Se eu não concordar com uma decisão do MassHealth sobre meus benefícios, tenho o direito de apelar da decisão e solicitar uma audiência justa. Meu gerente de caso ou coordenador de serviços pode me fornecer informações sobre como apresentar uma apelação e sobre o processo de audiência justa em geral.
- Dou permissão ao programa MFP Demo para compartilhar informações de encaminhamento, inscrição e participação com a MassAbility, o Departamento de Serviços de Desenvolvimento, os Planos SCO e os Pontos de Acesso a Serviços para Idosos, quando necessário, para fins de coordenação de serviços.

Ao assinar este formulário de consentimento informado do programa MFP Demo, confirmo que concordo em me inscrever e participar da MFP Demo e que aceito todas as condições de participação. Compreendo que posso solicitar uma cópia deste formulário de consentimento informado assinado para guardar.

Nome e sobrenome (letra de fôrma)	Assinatura	Data
Nome do guardião legal Se houver	Assinatura	Data